

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE

N° 38

CONTRIBUTION A L'ETUDE
de
L'APPENDICITE A FORME
TUMORALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le lundi 13 mars 1939

PAR

ARMAND GÉLY

PHARMACIEN

Né à Estables (Lozère) le 3 mars 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	MM. MASSABUAU, professeur, <i>président</i>	<i>Assesseurs</i>
	LAUX, professeur	
	GUIBAL, agrégé	
	Roux, agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3

1939

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'APPENDICITE A FORME TUMORALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ETUDE
de
L'APPENDICITE A FORME
TUMORALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le lundi 13 mars 1939

PAR

ARMAND GÉLY
PHARMACIEN

Né à Estables (Lozère) le 3 mars 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. MASSABUAU, professeur, *président*

LAUX, professeur

GUIBAL, agrégé

Roux, agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3

1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM.
Histologie	J. DELMAS
Physiologie	TURCHINI
Chimie biologique médicale et toxicologie	L. HEDON
Physique médicale	CRISTOL
Anatomie pathologique	PECH
Microbiologie	GRYNFELT
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE
Thérapeutique et matière médicale	PAGES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	PUECH
Médecine légale et médecine sociale	CARRIEU
Pathologie médicale et clinique propédeutique	VIDAL J.
Clinique médicale	BOULET
Clinique chirurgicale	GIRAUD
Clinique obstétricale	RIMBAUD
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MASSABAU ass.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	RICHE
Clinique de dermatosyphiligraphie	P. DELMAS
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	EUZIERE, doyen
Clinique des maladies des voies urinaires	BOUDET
Clinique gynécologique	MARGAROT
Clinique ophtalmologique	ETIENNE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie-maxillo-faciale	JEANBRAU
Radiologie	LAPEYRE
Anatomie (Ch. de c.)	DEJEAN
Histologie (Ch. de c.)	TERRACOL
	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS,
CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD.

Chargés de cours complémentaires

Histoire Naturelle Médicale	MM.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	HARANT, D ^r
médicale	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, agr.
Clinique phthisiologique	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	ROUX, agr.
Accouchements	N...
Stomatologie	FERRIER, Dr.

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	Chirurgie	MM.
JANBON	AIMES	MOURGUE-MOLINES	
BAUMEL	GUIBAL		
P. RIMBAUD	ROUX		
BOUCOMONT, ch. d'agr.	CARRERE		
LAFON, ch. d'agr.	MONNIER, ch. d'agr.		

Examineurs de la thèse

MM. MASSABAU, prof., *Président* | MM. GUIBAL, agrégé
LAUX, professeur | Roux, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

*Dont la vie m'est un bel exemple de
travail et de droiture.*

A MA BELLE-MERE

*Qui a été pour moi une seconde
maman.*

A MON FRERE, A MA BELLE-SŒUR
A MON NEVEU

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A. G.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.
Notre profond respect.*

A NOTRE JURY DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX

*Témoignage de respectueuse et vive
gratitude.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUIBAL
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDAILLE MILITAIRE — CROIX DE GUERRE

*Qui nous a inspiré le sujet de ce tra-
vail et nous a guidé de ses précieux
conseils, nous exprimons ici notre vive
reconnaissance.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage respectueux et reconnais-
sant.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'APPENDICITE A FORME TUMORALE

INTRODUCTION

De toutes les affections chirurgicales de l'abdomen, l'appendicite est, non seulement la plus fréquente, mais aussi celle qui présente les évolutions et les aspects cliniques les plus déconcertants.

Ses formes habituelles sont tellement fréquentes et tellement classiques, qu'elles sont connues de tous les praticiens; mais à côté d'elles, il y a les formes atypiques, dont les exemples abondent aujourd'hui dans la littérature médicale.

Notre travail va porter sur l'appendicite à forme tumorale.

Dans notre Chapitre Premier, nous présentons un cas d'appendicite à forme tumorale qui a été observé dans le service de M. le Professeur MASSABUAU, et qui a été le point de départ de notre travail. Nous soulignons les difficultés de diagnostic qui se sont posées.

Dans le Deuxième Chapitre, nous essayons à l'aide de l'anatomie et de la physiopathologie de montrer quels peuvent être les résultats de l'inflammation appendiculaire, lorsque l'infection reste localisée aux environs de l'organe malade, et n'envahit pas la séreuse péritonéale.

Dans le Troisième Chapitre, après un bref historique, nous exposons quelles sont les grandes formes cliniques de l'appendicite à forme tumorale, nous soulignons les difficultés de leur diagnostic et nous donnons un aperçu de leur évolution et de leur traitement. Nous terminons en reproduisant quelques observations prises dans la littérature médicale.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIO PRINCEPS

(due à l'obligeance de M. le Professeur MASSABUAU)

Le 5 mars 1937, entre dans le service Mlle R... R..., 41 ans, avec le diagnostic de kyste ovarien à pédicule tordu, porté par le médecin traitant.

Sans antécédent pathologique, cette malade avait éprouvé quinze jours auparavant, le 20 février 1937, une vive douleur, avec exacerbations, dans la moitié droite de l'abdomen. Ces douleurs, non accompagnées de nausées ou vomissements, ne se sont pas atténuées depuis. La température n'a jamais été prise. Les évacuations intestinales et urinaires ont toujours été normales.

Réglée à 13 ans, elle a toujours eu des règles normales et a été ménopausée sans incident à 37 ans.

Examen le 5 mars 1937. — Matin 37°. Soir 40°. Le pouls bat en rapport avec la température.

Bon état général. L'abdomen, dont la paroi est très adipeuse, respire cependant très bien.

A la palpation superficielle: La paroi est souple.

La palpation profonde : permet de percevoir, empiétant sur le flanc droit et la fosse iliaque droite, une tumeur de

consistance rénitente, du volume d'une tête de fœtus. La mobilité est assez grande, à la fois dans le sens vertical et dans le sens transversal, mais toutes ces manœuvres sont douloureuses.

A la percussion: sonorité normale de tout l'abdomen.

Toucher vaginal: utérus petit, mobile, en rétroposition.

La masse abdominale ne peut être ni abaissée ni perçue.

Devant ce tableau clinique, qui nous fait porter le diagnostic de kyste suppuré intra-péritonéal, sans que l'on puisse par ce premier examen affirmer la nature et l'origine de cette tumeur, nous décidons de mettre la malade en observation.

Le 6 mars 1937, nous notons une légère augmentation du volume de la tumeur. Les douleurs sont plus vives, mais il n'existe aucune réaction péritonéale.

Les urines sont peu abondantes et chargées. La température revient à la normale.

Radiographie. — L'examen radiologique de la région cæco-appendiculaire 7 heures après l'ingestion de baryte, montre une opacification régulière. La dernière anse iléale reste dilatée. Bas-fond cæcal régulier et mobile. Un point douloureux au niveau de l'abouchement iléo-cæcal.

Le 8 mars 1937: Hystérographie. — Hystérométrie : 5 cm. L'injection de 4 cc. de lipiodol provoque déjà des coliques qui sont très vives dès que le 5^e cc. est injecté. L'image radiographique montre que l'utérus est très dévié vers la droite, mais il est de forme normale, ainsi que les deux trompes qui sont parfaitement injectées.

Les différents examens humoraux ne présentent rien de particulier.

Le 11 mars 1937: La malade est opérée sous-rachianesthésie, et, partant avec le diagnostic de kyste du mésentère,

nous pratiquons une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Nous trouvons une masse inflammatoire dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite. Elle est indépendante de la paroi abdominale antérieure et n'est fixée ni latéralement, ni par sa face postérieure. Elle est en partie mobilisable transversalement et vers le haut, mais la mobilité est moins grande qu'elle ne le paraissait à l'examen clinique. Elle est limitée à droite et en bas, par le cæcum et les anses grêles, à gauche par les anses grêles, en avant par le grand épiploon.

Le clivage des anses grêles accolées, amène l'ouverture de cette masse, et l'issue d'un pus jaunâtre à odeur fécaloïde. L'appendice se présente couché à la partie inférieure de la masse antérieure de la tumeur, et sa pointe paraît englobée dans la partie antérieure de la tumeur. *Il s'agit d'un abcès appendiculaire.*

Préservation du reste de la grande cavité péritonéale par de grandes compresses:

1° Libération des anses grêles en suivant les plans de clivage.

2° Libération partielle du grand épiploon.

3° L'abcès ouvert, le pus est épongé.

4° Appendicectomie : Ligature de la base appendiculaire. Galvanisation et carbonisation du moignon.

5° Marsupialisation de la poche de l'abcès, dont les bords de l'ouverture sont fixés par plusieurs points séparés, au catgut n° 2. L'épiploon est réintégré dans la cavité abdominale.

Les suites opératoires furent marquées par une double phlébite des membres inférieurs variqueux. La cicatrisation de la plaie opératoire se fit normalement.

LA DISCUSSION DU DIAGNOSTIC

Le symptôme essentiel que présente cette malade, se ramène à la présence dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur douloureuse, de la grosseur et de la forme d'une tête de fœtus, non bosselée, rénitente et mobile.

En outre, la douleur et la courbe thermique permettent d'affirmer que la tumeur est un siège d'infection.

Deux grandes hypothèses nous sont permises : ou bien la tumeur a son siège primitif dans la fosse iliaque droite, ou bien elle a son point de départ dans une région voisine : pelvis ou hypochondre droit.

Comme tumeur primitive de la fosse iliaque droite, les divers diagnostics que nous envisageons, mais que cliniquement nous sommes appelés à éliminer, sont :

1° *Le néoplasme cæco-appendiculaire*: à cause du bon état général de la malade, de l'absence de troubles digestifs, en particulier de troubles d'obstruction intestinale, des selles normales, régulières, dans lesquelles le laboratoire ne décèle ni sang, ni pus, et enfin du volume et de la consistance rénitente de la tumeur. La radiographie, après ingestion de baryte, montre, en outre, une opacification régulière, sans lacune pariétale, de la région cæcale.

2° *La tuberculose cæco-appendiculaire à forme tumorale*, à cause de l'absence de troubles digestifs, de diarrhée notamment, du début brutal, des importantes élévations de température, et aussi de l'aspect clinique de la tumeur qui rappellerait celui du cancer cæco-appendiculaire.

3° *L'appendicite ou la typhlite, avec réaction péritonéale localisée*; l'absence de nausées et de vomissements, les selles

normales, le ventre souple, ne sont guère en faveur de cette hypothèse.

4° *La péritonite tuberculeuse enkystée.* — L'âge de la malade, son bon état général, l'évolution avec début brutal, l'élévation de la courbe thermique jusqu'à 40°, nous la font éliminer également.

En envisageant un point de départ pelvien, nous devons penser :

1° *Au kyste de l'ovaire à évolution abdominale.* La tumeur, en effet, est indépendante de l'utérus dont les mouvements restent libres. Le développement silencieux du kyste, avec torsion partielle du pédicule, déclenchant le syndrome douloureux et fébrile, constituerait une hypothèse assez séduisante, bien que l'utérus soit dévié du côté de la tumeur et ne présente pas de pédicule perceptible au toucher vaginal. Il est à noter, en outre, que la malade a présenté une ménopause anticipée qui s'est effectuée à 37 ans.

2° *Au fibrome kystique utérin.* Cette hypothèse exigerait la présence d'un long pédicule, ce qui est bien moins fréquent que pour le kyste de l'ovaire. En outre, la tumeur est indépendante de l'utérus qui conserve sa mobilité et qui, loin d'être hypertrophié, est plutôt atrophique. Il n'y a jamais eu d'hémorragies génitales anormales. Ce diagnostic est par suite bien improbable.

3° Le diagnostic de *salpingite* ne nous retient pas: L'indépendance complète de la tumeur et de l'utérus, sa taille, sa forme, sa localisation sont nettement opposées à cette hypothèse.

Comme tumeur ayant son point de départ dans l'hypochondre droit, pensons :

1° *Au kyste hydatique appendu au lobe droit du foie, et*

secondairement infecté. Si l'hypothèse du kyste hydatique lui-même est séduisante en raison de l'aspect clinique que revêt la tumeur, son origine hépatique l'est bien moins : la matité hépatique ne s'étend pas sur la tumeur ; la distance de la tumeur au foie est bien considérable, et, en outre, la tumeur est indépendante des mouvements respiratoires.

2° *A la distension de la vésicule biliaire* : Elle ne pourrait pas atteindre ces dimensions et ce siège sans entraîner des troubles digestifs considérables. Nous l'éliminons à priori.

3° *A une hydronéphrose, avec ptose du rein au niveau de la fosse iliaque droite* : Ce diagnostic ne serait à envisager que si la malade avait présenté des troubles urinaires. La forme de la tumeur, ne rappelle pas du tout les contours caractéristiques du rein. Il n'y a pas de point douloureux ni de contact lombaires.

Parmi tous les diagnostics que nous avons envisagés, seul, celui de kyste de l'ovaire à évolution abdominale, avec torsion du pédicule, semble devoir retenir notre attention. C'est celui qui a été posé par le médecin traitant ; c'est aussi celui qui a été envisagé comme le plus probable dans le service de M. le Professeur MASSABUAU.

On fait une hystérogaphie : elle montre un utérus dévié, mais de forme normale. Les deux trompes sont parfaitement injectées, et le lipiodol se reprend librement dans la cavité péritonéale.

La tumeur est donc indépendante de l'appareil génital, et le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu est à rejeter.

Cette nouvelle donnée, la notion dominante d'absence de troubles digestifs, ainsi que le remplissage normal du

cæcum après ingestion de baryte, nous font penser à une tumeur kystique du mésentère.

L'intervention s'impose en raison de l'état infectieux de la malade, et la laparotomie médiane, montre qu'il s'agit d'un abcès appendiculaire avec pus jaunâtre et fétide, englobé dans une coque d'adhérences solides.

Nous sommes donc en présence d'un abcès appendiculaire, simulant une tumeur mobile, qui entraîne le diagnostic post-opératoire *d'appendicite à forme tumorale*.

CHAPITRE II

RAPPELS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOPATHOLOGIE

La multitude d'aspects que peut revêtir l'appendicite est due :

- 1° A des états anatomiques atypiques,
- 2° A la diversité des réactions locale et générale qu'oppose l'organisme malade à l'infection à point de départ appendiculaire, dont l'intensité est elle-même variable.

La variabilité des rapports que présentent entre eux le cæcum, l'appendice et le péritoine, est un fait bien connu des anatomistes. Si le cæcum se trouve dans la fosse iliaque interne droite, pour une proportion de 70 à 80 % des cas, suivant les statistiques, on trouve aussi la forme haute sous-hépatique, et la forme basse, où il vient se mettre à cheval sur les vaisseaux iliaques, et peut même, surtout chez la femme, descendre jusque sur le plancher pelvien.

Le cæcum, en outre, peut être libre, revêtu sur toutes ses faces par le péritoine, et flottant dans la grande cavité péritonéale. Il peut aussi être adhérent sur toute sa face postérieure, reposant sur la couche celluleuse sous-péritonéale et le *facia iliaca*, avec tous les degrés intermédiaires. On voit dans ce cas la répercussion sur le *facia iliaca* et le muscle psoas qui suivra une inflammation du cæcum.

Sur l'appendice, le péritoine se comporte comme au niveau de l'intestin : il donne le mésoappendice falsiforme. Souvent, le sommet du vermium, coiffé par la séreuse, est libre comme le cæcum. L'implantation de l'appendice sur le cæcum serait toujours terminale d'après QUENU et HEITZ BOYER, et ces auteurs, expliqueraient les implantations sous-cæcales, rétro et latéro-cæcales par des degrés de courbure variables de l'extrémité du cæcum. Suivant la direction que va suivre l'appendice à partir de ce point d'implantation, nous lui verrons affecter les types d'appendice descendant : au-dessous et en dedans du cæcum ; interne, vers la grande cavité péritonéale, et pouvant devenir dans ce cas rétroiléal et même intramésentérique ; ascendant ou rétro-cæcal : dans ces derniers cas, par accollement des feuillets péritonéaux, un mince feuillet sépare l'appendice du tissu cellulaire sous-péritonéal et du *facia iliaca*.

Nous laisserons de côté les lésions propres de l'appendice au cours de l'appendicite banale, pour nous occuper uniquement des lésions périappendiculaires. L'infection ne limite pas, en effet, ses lésions à l'organe malade. Elle se propage soit par perforation de l'appendice, soit par simple exsudation, mais retient toujours sur le péritoine, à tel point que la plupart des auteurs prétendent qu'il n'y a pas eu appendicite s'il ne reste pas une « preuve péritonéale ». En présence de cette infection, ou bien la séreuse peut réagir et s'organiser de façon à lui constituer une barrière efficace, ou bien, impuissante, elle se laisse envahir sur toute son étendue : La péritonite généralisée est alors constituée.

Ne nous occupons que du premier cas, c'est-à-dire de celui où l'infection reste localisée. Cette circonscription du foyer inflammatoire est due à la lenteur avec laquelle évolue le processus infectieux, à l'atténuation de virulence des

germes, à la résistance du sujet, en même temps qu'à la propriété que possède le péritoine de former des adhérences. Il faut tenir grand compte du rôle important que joue le grand épiploon, en venant coiffer la zone malade, et de la position de l'appendice, qui, en raison des variétés anatomiques que nous venons d'étudier, peut se trouver isolé des anses intestinales et de la grande cavité péritonéale.

Si toutes ces conditions sont réalisées, les lésions se réduisent au minimum : il se produit une simple péritonite plastique, fibrineuse, en plastron. Ce plastron, bien connu aujourd'hui, est une sorte d'abcès avorté, constituant la barrière qui arrête l'infection à son point de départ.

Dès lors, deux évolutions sont possibles : ou bien la crise appendiculaire évolue vers le refroidissement et le gâteau péritonéal s'efface au cours des quelques semaines suivantes, ne laissant que quelques adhérences autour de l'organe malade ; ou bien, toujours dans le domaine de l'infection localisée, il y a développement et extension du processus suppuratif autour de l'appendice entouré par les adhérences péritonéales et les organes voisins.

Dans la première éventualité, le malade n'est généralement pas guéri définitivement : de nouvelles crises se manifestent à une échéance plus ou moins lointaine, venant créer de nouvelles adhérences.

Souvent même, l'appendice devient un foyer d'infection atténuée mais continue, avec poussées subintrantes. Les adhérences s'organisent autour des organes intéressés, les englobant dans une gangue scléreuse et sclérolipomateuse, qui revêt la forme d'une tumeur dure et bosselée. L'intervention peut redevenir nécessaire, soit à la suite d'une nouvelle crise, soit à la suite des troubles progressifs d'obstruction intestinale qu'entraîne cette gangue scléreuse d'adhérences.

Dans la deuxième éventualité, après une rémission inconstante d'ailleurs, vers le troisième jour, la température reste élevée aux environs de 39°, le pouls bat à 110 ou 120, la douleur persiste avec exarcerbations; si les vomissements cessent, on observe souvent l'arrêt des matières et des gaz, et du ballonnement abdominal. Rarement, le malade perçoit des battements profonds.

Sous l'influence du traitement médical, l'abcès peut encore se résorber, et tout rentre dans le cadre de l'appendicite plastique! mais parfois l'abcès continue à évoluer: le malade s'agite, la courbe thermique oscille autour 38° et 39°. Les souffrances continuent. A une période plus tardive, l'état général est gravement touché; les oscillations de température sont de plusieurs degrés et prennent le type hectique. La numération globulaire montre une hyperleucocytose marquée, dont les variations semblent précéder la réaction thermique. Le plastron s'élargit, devient douloureux à la pression, parfois un peu moins dur. La fluctuation est généralement difficile à percevoir en raison de l'épaisseur de la paroi abdominale et de la réaction de défense musculaire.

L'abcès une fois constitué, surtout si l'état général du malade s'altère, il ne faut plus compter sur la résorption. L'intervention s'impose pour éliminer ce foyer de toxines et pour éviter les complications dangereuses telles que la fissuration au sein de la cavité péritonéale, ou bien l'ouverture dans le tube digestif ou la vessie.

Les rapports de l'appendice avec le péritoine expliquent que certaines positions du vermium aient un privilège particulier pour favoriser l'enkystement. Cela se voit surtout dans les appendicites postérieures rétrocæcales ou rétrocoliques. Les abcès pourront alors être intra ou extra-péritonéaux. Pour ces derniers, qui intéressent les cas de cæcum

adhérent par sa face postérieure, il est difficile de savoir si le début a vraiment été extrapéritonéal. S'il y a, en effet, beaucoup de difficultés à déceler un feuillet péritonéal à l'autopsie d'un sujet normal, comment n'y en aurait-il pas, quand des accidents appendiculaires ont provoqué la formation d'un magma purulent, avec des adhérences organisées? Il est probable que la plupart des abcès appendiculaires extrapéritonéaux, que l'on décrit comme tels, ont eu, en réalité un début intrapéritonéal.

Ces abcès rétrocæcaux et extrapéritonéaux, se rencontrent assez fréquemment au cours de l'appendicite sénile. Cette dernière présente, en effet, des particularités intéressantes, en raison des transformations que subit le vermium au cours de la vieillesse, et des réactions locales et générales qu'oppose l'organisme vieilli à l'infection.

Nous reviendrons plus en détail sur cette question à propos de l'étude générale que nous consacrons à l'appendicite à forme tumorale.

L'appendicite mésocæliaque donne les proportions les plus élevées de péritonites généralisées d'emblée et foudroyantes par inoculation massive. Malgré un contact aussi étroit au sein de la cavité péritonéale, la péritonite généralisée n'est pas la règle, et, grâce à certains facteurs, que nous qualifierons de providentiels, la péritonite reste localisée et donne des abcès enkystés. C'est là le mécanisme originel d'un grand nombre d'abcès très antérieurs, siégeant généralement dans la fosse iliaque, mais pouvant occuper toutes les régions de l'abdomen.

A côté de ces abcès antérieurs et postérieurs, il y a aussi les abcès pelviens. Ils peuvent provenir de l'appendicite en position pelvienne, mais aussi de la migration d'un abcès sous-cæcal, et, à plus forte raison, d'un abcès qui aurait pris naissance autour d'un appendice en position moyenne ou basse.

CHAPITRE III

L'APPENDICITE A FORME TUMORALE

I. — HISTORIQUE

La notion d'appendicite à forme tumorale remonte à 1898, date à laquelle VAUTRIN, opérant une femme de 55 ans qui présentait dans la fosse iliaque droite une tumeur à évolution progressive, trouvait « une masse inflammatoire résistante, renfermant dans son centre un pus épais et granuleux, avec des débris de tissu sphacélé: accolé au cæcum, se trouvait un appendice dur, scléreux et très gros ».

LEGUEU et BAUSSENAT, peu de temps après, opérant une femme avec le diagnostic d'ostéosarcome du bassin, se trouvent en présence d'un phlegmon ligneux iliaque d'origine appendiculaire. Ils rapportent sous le nom d'appendicite néoplasique des cas analogues survenant chez des vieillards.

COLAR, en 1901, rapporte une observation de POIRIER, où la laparotomie, faite avec le diagnostic de rétroversion utérine fixée, révèle une masse de la grosseur du poing, fixée en arrière de l'utérus, et paraissant s'être développée aux dépens du rectosigmoïde. Le dégagement de la masse découvre subitement l'appendice.

Puis vinrent successivement les travaux de FABRE : « Ap

pendicite à forme néoplasique », de MELIKIAN : « Contribution à l'étude de l'appendicite à forme néoplasique ».

MERIEL et son élève ARMENGAU à Toulouse, TIXIER et son élève GAND, à Lyon, publient en 1907 et 1908, une étude intéressante et approfondie sur l'appendicite sénile, qui, expliquent-ils, a le privilège de ces formes néoplasiques.

BERARD et VIGNARD, dans leur important traité sur l'appendicite publié en 1914, rangent également l'appendicite à forme néoplasique dans les formes séniles.

Actuellement, plusieurs observations, en particulier celles publiées par les professeurs LERICHE, FERRARI, GOSSET montrent que l'appendicite peut revêtir aussi chez l'adulte jeune, la forme tumorale.

Il s'agit alors non plus d'un processus suppuratif, mais de la dégénérescence scléreuse et sclérolipomateuse des adhérences qui englobent cæcum, appendice, côlon ascendant et terminaison de l'idéon, ainsi que de la paroi elle-même de ces organes, qui se montre épaissie.

Le tout forme une tumeur dure, bosselée, mobile, qui, en raison des troubles d'obstruction intestinale, de l'allure torpide de l'affection, font porter le diagnostic de néoplasme cæco-appendiculaire, ou de tuberculose à forme tumorale.

La radiographie est elle même impuissante à lever le doute : dans l'observation de LERICHE, elle avait montré un cæcum à image lacunaire, à contours festonnés, et le radiographe avait conclu « Lésions pariétales du cæcum, sans que l'on puisse radiographiquement en définir la pathogénie : tuberculose, périviscérite, ou même néoplasme ».

Dans une observation du professeur CUNEO, la radiographie montrait un cæcum à limites imprécises, que le repas baryté remplissait mal. L'image cæcale correspondait exactement à la tumeur palpée. Sur la radiographie, on apercevait à l'intérieur du cæcum, des traînées irrégulières. Il s'a-

gissait indiscutablement d'un défaut de remplissage par tumeur intrinsèque, et le diagnostic de cancer était porté.

VERGOZ, dans la *Gazette Médicale de France*, du 15 mai 1938, publie des observations analogues, et considère cette forme scléreuse comme la forme néoplasique par excellence.

Ch. LANGRAND, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 octobre 1938, montre que souvent l'appendicite à forme mésocœliaque donne des abcès intrapéritonéaux qui se présentent sous l'aspect de tumeurs abdominales sans que l'on puisse cliniquement en définir la nature.

C'est un cas analogue qui a été publié en décembre 1938, par MM. MASSABUAU, GUIBAL et JOYEUX, dans les *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, et qui a été le point de départ de notre travail.

II. — LES PRINCIPALES FORMES CLINIQUES

Au cours de notre Chapitre II, nous avons vu que le résultat de l'infection péritonéale localisée, à point de départ appendiculaire pouvait se manifester sous trois formes :

1° La forme plastique, laissant après elle des adhérences.

2° La forme abcès.

3° La forme phlegmon iliaque, quand l'infection dépasse le péritoine et s'étend au fascia iliaca et au muscle psoas.

Ces trois formes se retrouvent dans l'appendicite à forme tumorale, où il est classique de décrire.

La forme abcès : soit que le pus se trouve maintenu par des formations adhérentielles intestinales, soit qu'il se trouve collecté en position rétrocæcale.

Le phlegmon ligneux iliaque de MÉRUEL, qui constitue la forme ligneuse.

La forme scléreuse pure ou sclérolipomateuse.

A. — *La forme abcès.*

Cette variété d'appendicite à forme tumorale est constituée par les abcès enkystés dont nous avons étudié la formation au cours du Chapitre II de notre travail. C'est à ce groupe qu'appartient l'exemple clinique que nous avons pu suivre dans le service de M. le Professeur MASSABEAU, ainsi que ceux que nous reproduisons dans les observations I et II.

L'abcès appendiculaire se rencontre fréquemment en clinique, mais son diagnostic peut être rendu très délicat.

1° Lorsque la crise appendiculaire qui est à son origine revêt un forme fruste ou atypique et n'est pas diagnostiquée.

2° Lorsque l'abcès occupe un siège anormal.

3° Lorsque le pus est entouré d'une coque épaisse d'adhérences qui empêchent de percevoir tout symptôme de collection liquidienne.

Anatomie pathologique. — Tout se résume à dire que le pus appendiculaire fœtide, épais et granuleux, est enfermé dans une cavité formée par les organes voisins de l'appendice: cæcum, anses grêles, épiploon, péritoine pariétal, réunis entre eux par des adhérences plus ou moins épaissies, le tout formant une tumeur inflammatoire.

On trouve fréquemment, baignant dans ce pus, un appendice perforé, parfois complètement déchiqueté.

Suivant la constitution de la paroi, qui pourra être mince et laisser percevoir la rénitence du liquide purulent qu'elle renferme, ou épaisse, irrégulière et bosselée, contenant peu de liquide, on sera amené à porter les diagnostics de tumeur kystique, comme nous l'avons fait, ou de tumeur cancéreuse, comme le fit VAUTRIN.

Clinique. — L'évolution de ces abcès appendiculaires à forme tumorale semble comprendre deux phases: La première est celle d'une crise appendiculaire aiguë dont on ne fait que rarement le diagnostic. La deuxième se traduit par la constatation d'une tumeur abdominale avec fièvre.

Première phase. — Il est impossible de décrire la symptomatologie de l'affection à ce stade. Autant de malades, autant de formes cliniques. De cette extrême variété, nous pouvons seulement dire que la crise initiale est fruste et généralement atypique.

M. BOVIER écrit: « Je retiens d'abord la bénignité paradoxale de l'atteinte primitive. » Elle se manifeste en effet par de vagues troubles intestinaux, tels que vomissements, douleurs abdominales mal localisées, sans prédominance marquée pour la fosse iliaque droite, pouvant même siéger dans une autre région de l'abdomen.

DE MARNIERRE a eu l'occasion d'en rencontrer un cas il y a quelques années, dans les circonstances suivantes: Un médecin très averti est appelé le 2 avril pour un enfant de 13 ans qui vomit et souffre du ventre. A la palpation: douleur dans la fosse iliaque gauche. Le médecin élimine le diagnostic d'appendicite. Il est appelé à nouveau huit jours après et la palpation montre un plastron médian sous ombilical. La tuméfaction douloureuse se précise un peu et prend les signes d'un abcès. Le toucher rectal ne donne rien. Le 18 avril, 16 jours après le début, l'intervention révèle un pus appendiculaire fœtide.

D'autrefois, comme dans l'observation que nous avons suivie dans le service de M. le professeur MASSABUAU, il y a une douleur dans la fosse iliaque droite, mais une absence complète de troubles digestifs: ni vomissements, ni constipation, ni diarrhée.

Le peu de gravité du syndrome abdominal, la température peu élevée, cette forme absolument atypique de la crise appendiculaire, détournent le médecin du diagnostic d'appendicite. La plupart du temps, il n'est même pas consulté à ce stade, et il ne voit le malade qu'au moment où l'abcès est constitué. Si le diagnostic d'appendicite est mis en cause,

l'incertitude fait différer l'intervention chirurgicale, et la crise étant considérée comme bénigne, un simple traitement médical est appliqué.

Bénignité et anomalie des symptômes sont donc les caractéristiques de cette période.

Deuxième phase. Elle commence en général du septième au neuvième jour, et c'est souvent à ce stade que nous voyons le malade. Il souffre depuis quelques jours du ventre et les crises douloureuses s'accroissent de plus en plus. La température s'élève aux environs de 39 degrés en même temps que l'état général est touché.

La palpation permet de percevoir une tumeur douloureuse, dont la mobilité, la taille, la forme et la consistance sont extrêmement variables. Elle est tantôt dure et bosselée, comme dans l'observation de Vautrin, tantôt lisse, régulière et rénitente comme chez notre malade.

Au niveau de la tumeur, la palpation peut déclencher une contracture musculaire de défense, tandis que le reste de l'abdomen est souple et respire normalement.

Comme pour tous les abcès appendiculaires, le siège peut-être antérieur, postérieur ou pelvien.

Abcès antérieur. En général, il est dans la fosse iliaque droite, au niveau de la région appendiculaire classique. C'est là le cas le plus fréquent et celui qui est le plus facile à diagnostiquer, si les antécédents révèlent des troubles gastro-intestinaux, car il faut toujours avoir présentes à l'esprit les formes frustes de la crise appendiculaire.

Mais cette localisation est loin d'être constante, et l'abcès peut-être situé soit à droite, mais près de la ligne médiane, soit franchement sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic ou au niveau de l'hypogastre. Ces localisations extrêmement variables dépendent du siège de l'appendice. Or

cet organe, dans sa variété mésocœliaque peut prendre les positions les plus variées et les plus inattendues. On le voit en effet, suivant qu'il est court ou long, voisiner la terminaison de l'iléon, remonter vers la région ombilicale, descendre au devant de la vessie, traverser la ligne médiane, et se diriger vers la fosse iliaque gauche.

En 1559, MEKIRER cite un abcès de la région ombilicale dû à une épingle trouvée au niveau de l'appendice. SCHWARTZ publie l'observation d'un jeune homme de 20 ans qui, en dix ans, a subi trois incisions pour abcès de la région ombilicale, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'opération à froid, a montré un appendice perdu au milieu de franges épiploïques adhérentes en ce point.

On a vu l'abcès se développer au niveau de la cavité de Retzius et simuler une rétention douloureuse d'urine. Ce n'est qu'après sondage de la vessie que l'on peut envisager le diagnostic de la tumeur, car la rétention urinaire se voit souvent au cours de la crise d'appendicite.

Ces abcès sous-ombilicaux, para-médiants ou hypogastriques sont susceptibles d'envahir les plans superficiels au point d'en imposer pour des abcès primitifs des parois abdominales.

Abcès profonds. — Ils sont l'apanage des appendicites en position sous et rétrocæcales. Ici, la tumeur paraît plus grande qu'elle n'est en réalité à cause de l'interposition de la paroi abdominale et de la main qui palpe. Souvent, la contracture musculaire de défense vient gêner car la palpation profonde est douloureuse.

Suivant la longueur plus ou moins importante du côlon ascendant, le siège peut varier, mais dans des proportions bien moindres que pour les abcès mésocœliaques. Les limites se ramènent à la région sous-hépatique en haut, au détroit supérieur en bas.

Si l'abcès est bas situé, les touchers rectal et vaginal permettent de percevoir son pôle inférieur, mais il s'agit alors d'un abcès pelvien.

Abcès pelviens. La palpation est remplacée ici par le toucher rectal ou vaginal qui permettent de percevoir une masse douloureuse, mal délimitée, et dont la consistance est variable.

La collection purulente peut, dans ce cas, reconnaître pour origine :

1° Une sécrétion abondante de la séreuse, à la suite d'une crise appendiculaire sévère, qui n'a pas été suivie immédiatement de cloisonnement. Le liquide qui s'accumule dans les parties déclives peut se résorber, ou, évoluant vers la purulence, donner un abcès enkysté.

2° Une poche abdomino-pelvienne unique résultant de l'extension d'un abcès qu'on a laissé s'accroître.

3° Une localisation basse d'emblée du pus produit par la réaction inflammatoire, et due à une position basse de l'appendice.

B. — *Le phlegmon ligneux iliaque de Mériel. — La forme ligneuse*

C'est là la deuxième variété de l'appendicite pseudonéoplasique. MÉRIEL a décrit le phlegmon ligneux iliaque qui porte son nom à propos de l'appendicite sénile, à laquelle il a été le premier, du moins en France, à consacrer une étude à peu près complète.

Chaque âge fait son appendicite, et il est bien permis au vieillard, par ses réactions ralenties et sa résistance diminuée, de faire une appendicite bien particulière. Dans son étude, l'auteur accorde une grande importance aux modifi-

cations qui, avec l'âge, viennent frapper l'appendice. La tendance de l'organisme sénile à faire de la sclérose est une notion bien classique, et MÉRIEL a montré que cet organe était particulièrement touché par ce processus. Les modifications macroscopiques qu'il subit avec l'âge sont variables. Il peut avoir des parois amincies ou hypertrophiées, un méso épaissi avec une vascularisation plus ou moins abondante; les diverses assises sont envahies par du tissu sclérolipomateux qui, bien souvent, étouffe la lumière appendiculaire appelée parfois à disparaître totalement. Dans ce cas, la muqueuse dégénère et devient invisible, même à l'examen microscopique. La modification histologique la plus intéressante, c'est la régression du tissu lymphoïde. Les quelques follicules qui survivent sont noyés dans le tissu fibreux. Le vieillard est ainsi privé d'une partie de ses moyens de défense contre une infection d'origine intestinale qui atteindrait la région appendiculaire.

Comme toute appendicite a son point de départ au niveau du tissu lymphoïde, il semble qu'elle soit rarement réalisable chez le vieillard, surtout si l'on tient compte de la fréquence de l'oblitération de la lumière appendiculaire et de la disparition de sa muqueuse.

Par contre, si dans un organe mal nourri, à parois flasques, à sténoses incomplètes, la cavité reste ouverte au contenu du cæcum, l'infection et la gangrène du vermium seront à peu près fatales à la moindre agression microbienne: d'où la fréquence chez les sujets âgés de l'appendicite gangréneuse torpide.

MÉRIEL a montré en outre, que si pratiquement l'appendice sénile avait perdu tout son tissu lymphoïde, le cæcum et surtout son fond conservaient le leur absolument intact. Ce serait alors sur lui que se développerait l'infection primitive, de sorte qu'il y aurait souvent non plus appendicite

vraie, mais typhlite primitive. Ceci pourrait nous expliquer pourquoi, en plein abcès, nous pouvons trouver un appendice dénué de lésions pathologiques.

De plus, l'appendice chez le vieillard, affecte avec une plus grande proportion que chez l'adulte, les positions sous et rétro-cœcales. Au cours de la crise appendiculaire, on assistera ainsi plus souvent à la formation d'abcès sous et rétro-cœcaux. L'infection, qui prend ici une allure torpide, du moins dans la grande majorité des cas, aura à lutter avec des tissus qui se défendent mal. Elle pourra ainsi fuser sous le péritoine, et, envahissant le fascia iliaca et le muscle psoas, elle occupe finalement toute la fosse iliaque interne.

Clinique (Cf. Observation III). — Chez le vieillard, il est classique d'admettre que tous les phénomènes réactionnels locaux et généraux sont atténués dans l'appendicite aiguë. Aussi en est-il à plus forte raison de même pour les formes subaiguës si fréquentes dans la vieillesse et qui aboutissent à la forme que nous étudions.

Nous pouvons rencontrer des symptômes locaux, tels que pesanteur douloureuse de la région cœcale pendant les périodes digestives, mais le plus souvent, on observe des troubles plus vagues, tels que de l'anorexie avec langue saburrale, de l'atonie gastro-intestinale, de l'insomnie, des cauchemards, des états nauséeux, de légers frissons, jusqu'au jour où une douleur nette attire l'attention du côté de la fosse iliaque, et y fait découvrir un plastron diffus, plus ou moins profond, induré, à contours toujours vagues. Il s'agit ici d'une tumeur immobile, plaquée contre la fosse iliaque interne. A cette période, on est arrivé au véritable phlegmon ligneux iliaque.

Anatomie pathologique. — Il est rare que l'on intervienne à froid chez le vieillard; presque toujours c'est au cours d'une crise que l'on a la main forcée. On trouve alors le cæcum refoulé par une tumeur inflammatoire rétropéritonéale. La surface péritonéale est irrégulière, épaissie, rouge et grenue. L'effondrement au doigt libère un amas d'adhérences formé par des granulations inflammatoires d'étendue variable, contenant peu ou pas de pus. Au milieu, se trouve un appendice tantôt dur et scléreux, bien souvent atrophique, parfois déchiqueté et même inexistant. Il est fréquent que l'on n'arrive pas à repérer exactement la situation du foyer putrilagineux que l'on draine, car les parois se confondent sans un plan de clivage avec le péritoine pariétal et viscéral de toute la loge iliaque, le tout formant un gâteau plus ou moins dur et mal délimité.

Toute la loge iliaque peut être envahie par le processus inflammatoire, y compris le facia iliaca et le muscle psoas.

C. — *La forme scléreuse pure ou sclérolipomateuse*

Les formes scléreuses pures et sclérolipomateuses constituent l'appendicite à forme tumorale type, tant au point de vue de la clinique que de l'anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Il s'agit d'une périviscérite. La tumeur est formée par un cæcum à parois épaissies et indurées, entouré d'adhérences qui le reliait aux organes voisins. L'extrémité iléale en particulier, peut être englobée dans la masse, sur une longueur importante, puisque dans notre observation IV, 60 cm. de cet organe sont inclus dans la tumeur. Il en est de même du côlon ascendant qui est,

lui aussi, comme attiré par les adhérences. A ces organes s'ajoutent les ganglions. Le tout forme une tumeur dure, souvent bosselée, de volume et de mobilité variables, indépendante de la paroi abdominale antérieure.

La poussée inflammatoire peut se développer dans la paroi même du cæcum, qui s'épaissit, se cartonne, constituant tout autour du point d'implantation appendiculaire, une masse tumorale intra-pariétale, d'apparence néoplasique ou bacillaire. Les réactions ganglionnaires du méso-appendice et de l'angle iléo-cæcal complètent ce tableau anatomo-pathologique. Il n'est pas exceptionnel de constater la présence d'un bloc ganglionnaire plus ou moins volumineux, se prolongeant assez loin dans le mésentère. Cette infiltration du fond cæcal et cette adénopathie induisent particulièrement en erreur au cours de l'intervention et peuvent commander la nécessité d'une résection élargie iléo-cæcolique.

Clinique (Cf. Observation IV). — Le malade se plaint en général de troubles digestifs rappelant ceux de l'obstruction intestinale progressive, avec des douleurs vagues et capricieuses dans la fosse iliaque droite. L'élévation de température est légère ou nulle. Ces troubles apparaissent sous forme de crises qui, souvent, se répètent périodiquement. La palpation décèle une tumeur dure, souvent mal délimitée, peu douloureuse et possédant toujours une certaine mobilité.

La radiographie montre parfois des lésions pariétales du cæcum, avec défaut de remplissage et image lacunaire, sans que l'on puisse définir la pathogénie: tuberculose, néoplasie, périviscérite se présentent en effet sensiblement sous le même aspect.

Il existe d'autres formes de l'appendicite pseudo-néoplasique, mais leur rareté ne permet pas leur étude ici. Il s'agit en effet de types isolés, différents entre eux, rendant toute classification impossible ou tout au moins aléatoire. Tel est le fibrôme appendiculaire, avec appendicite subaiguë décrit par CULLEN, et qui rappelait en forme et en situation une tumeur du rein droit. Tel est encore le granulome inflammatoire surmontant l'appendice décrit par GANGITANO et qui semble avoir un point de départ traumatique. Le diagnostic clinique de ces formes n'est jamais fait. la perception d'une masse tumorale est le seul signe clinique constant.

III. — EVOLUTION ET PRONOSTIC DE CES DIVERSES FORMES CLINIQUES

I. — *La forme abcès.* - - Un traitement médical appliqué dès le début peut enrayer la formation de l'abcès. Malheureusement, comme nous l'avons vu en exposant l'aspect clinique que revêt la crise appendiculaire dans ces cas là, et comme nous le verrons encore en traitant le diagnostic, il est rarement appliqué, et le médecin se trouve en présence de l'abcès constitué. Dès lors, ce dernier a tendance à s'accroître et à s'étendre dans le sens des moindres résistances. Il finit ainsi par s'ouvrir, soit à la peau, soit dans une cavité naturelle : intestin généralement, plus rarement vessie, ou, ce qui est bien plus dangereux encore, dans la grande cavité péritonéale. Cette dernière complication se voit surtout pour l'abcès mésocœliaque, dont MONDOR a montré la fragilité des adhérences pariétales.

L'intervention chirurgicale acceptée, il est permis de formuler un bon pronostic. La marsupialisation de la poche permet généralement un bon drainage et la cavité péritonéale n'est pas contaminée.

Il est à noter toutefois que les vaisseaux mésentériques sont prédisposés à la thrombose, et il est assez fréquent, après l'intervention, d'observer des embolies ou des phlébites comme dans l'observation que nous présentons.

2° *La forme ligneuse.* - - Sous l'influence du traitement médical, la tumeur peut rétrocéder ou se réduire à la grosseur d'une noix. Elle est alors constituée par du tissu sclé-

reux et sclérolipomateux, ce qui la rapproche de la forme suivante. Cette régression signe généralement la nature appendiculaire de l'affection.

Par contre, sous l'influence d'une poussée inflammatoire, elle peut évoluer sournoisement vers la suppuration. « Tout est insidieux, torpide, sans éclat » (MÉRIEL). La collection, se développant sans hâte, peut, par la laxité plus grande de la paroi abdominale, acquérir des proportions énormes. MÉRIEL a pu en retirer jusqu'à 3 litres de pus. Après évacuation de l'abcès, on constate souvent une tuméfaction ligneuse qui s'affaisse pour disparaître totalement ensuite. La température ne subit pas de grandes modifications, car le péritoine du vieillard résorbe peu et tolère ainsi de grandes quantités de liquide purulent.

La région empâtée gagne soit la région hépatique, soit l'ombilic, soit la vessie. Au bout de quelque temps, parfois plusieurs semaines, les téguments s'œdématisent, la paroi s'immobilise par contracture de défense. Il y a de la dénutrition, de la diarrhée, une température modérée, parfois même de l'hypothermie. Cet état de cachexie amène ainsi, insensiblement, à l'issue fatale.

Le pronostic est moins bon que pour la forme précédente, car nous sommes en présence de vieillards dont l'état général est souvent déficient, et qui par suite, réagissent mal devant l'infection. Après l'opération, ils sont souvent emportés par des escarres ou de la congestion hypostatique alors que le foyer purulent est parfaitement drainé.

3° *La forme scléreuse pure et sclérolipomateuse.* — Cette forme prend généralement une allure torpide et le tableau clinique se rapproche de celui de l'appendicite chronique.

Il s'agit en effet souvent, de malades qui souffrent depuis plusieurs années et qui ont présenté plusieurs crises appen-

diculaires bénignes, se répétant à une échéance plus ou moins éloignée.

La guérison spontanée est très rare, car les poussées inflammatoires successives ont créé un magma d'adhérences occasionnant par lui-même des troubles digestifs qui ne rétrocéderont pas. Les crises sont appelées à se reproduire périodiquement. Le malade présente des troubles dyspeptiques qui vont en s'accroissant et son état général finit par être touché.

Le pronostic opératoire est bon, car l'absence de pus diminue les risques d'inoculation de la grande cavité péritonéale. L'opération est en outre recommandable du fait que, sous l'action d'une poussée plus aiguë, ou d'une infection plus virulente, cette forme peut évoluer vers la purulence.

IV. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'APPENDICITE A FORME TUMORALE

Etant donné les aspects cliniques si variés que peut revêtir l'appendicite à forme tumorale, nous devons envisager séparément le diagnostic différentiel de chacune de ses formes.

1° LA FORME ABCÈS

L'idéal serait de diagnostiquer la crise appendiculaire initiale, et d'intervenir dès ce moment. Malheureusement, les vagues troubles gastro-intestinaux en présence desquels nous nous trouvons, voire même leur absence, présentent un double inconvénient pour le médecin et pour le malade : pour le premier, nous avons vu qu'ils font éliminer le diagnostic d'appendicite, ou, le rendant hésitant, ils empêchent de poser une indication opératoire formelle. Pour le malade, qui ne juge pas son état alarmant, ils font différer l'intervention chirurgicale.

Le rôle du médecin serait de poser un diagnostic ferme : en présence d'un malade qui a des vomissements, une légère température, des douleurs abdominales vagues, il doit conseiller l'opération, même si le siège de la douleur à la palpation est presque médian. Mais il s'agit là d'une symptomatologie bien plus riche que celle que nous avons en main dans l'observation que nous avons présentée.

De même, le médecin qui a vu un malade pour lequel il

a pensé à de simples troubles intestinaux, et qui est appelé à nouveau une semaine après, parce que le malade souffre davantage, a de la fièvre, vomit, s'il constate de la défense musculaire, une rénitence plus ou moins médiane, il devra penser au plastron appendiculaire et le traiter comme tel.

Cette éventualité suppose déjà un précieux élément de diagnostic, à savoir l'évolution de la maladie. Une tumeur abdominale localisée, que nous voyons évoluer dans l'espace de quelques jours, accompagnée de fièvre, nous fait penser à un abcès probablement d'origine appendiculaire.

Pratiquement, ce signe si précieux manque souvent: comme nous l'avons déjà dit, le malade ne vient consulter le médecin que quand la tumeur est développée. C'est ce qui est arrivé pour la malade que nous avons observée.

Le problème qui se posera la plupart du temps au clinicien, ce sera de diagnostiquer une tumeur de siège et d'aspect clinique variables, accompagnée d'autres symptômes particuliers à chaque cas.

En traitant l'anatomie pathologique de ces abcès appendiculaires, nous avons vu que, suivant l'importance relative de la paroi et du contenu purulent, on pouvait se croire en présence d'une tumeur kystique ou d'une tumeur cancéreuse. Il est évident que le diagnostic différentiel n'est pas le même dans les deux cas. Nous traitons ici celui de la forme kystique; pour l'autre, en raison de la superposition des aspects cliniques, on n'aura qu'à se reporter à celui de la forme scléreuse pure ou sclérolipomateuse.

Parmi les tumeurs à forme kystique qui peuvent prêter à confusion avec l'abcès appendiculaire, nous citerons:

1° *Le kyste de l'ovaire à évolution abdominale, avec torsion du pédicule.* — C'est là une erreur fréquente, car l'évo-

lution du kyste de l'ovaire est généralement insidieuse, et la tumeur ne se manifeste que lors d'une complication: la torsion du pédicule par exemple. Elle est en outre indépendante de l'utérus, et il arrive que le toucher vaginal ne permette pas de percevoir le pédicule, ni le pôle inférieur du kyste. L'abcès appendiculaire, à forme kystique, formant une tumeur rénitente, régulière et douloureuse, est donc appelé à prendre cet aspect clinique. L'hystérographie, en montrant la forme des trompes et leur perméabilité, permettra de lever le doute.

2° *La péritonite enkystée à pneumocoques.* — Si par son aspect clinique, après enkystement, elle peut simuler l'abcès appendiculaire, il suffit de se rappeler pour l'éliminer, qu'elle succède à une phase de péritonite diffuse tout à fait caractéristique.

3° *Le kyste hydatique infecté.* — Nous ne devons pas compter ici sur les légers troubles digestifs qui accompagnent souvent le kyste hydatique. Ils sont trop inconstants et passent en outre souvent inaperçus. Seules les réactions biologiques de Weinberg et de Casoni, effectuées par des laboratoires compétents, de même que la recherche de l'éosinophilie sanguine, ont une réelle valeur de diagnostic. Le kyste hydatique ayant son siège de prédilection au niveau du foie, c'est surtout dans les cas d'abcès appendiculaires haut situés, sous-hépatiques, que le diagnostic différentiel sera à envisager. L'évolution, lorsqu'elle sera reconnue, sera un renseignement de premier ordre.

4° *La distension de la vésicule biliaire.* — L'évolution serait alors différente. Elle serait plus longue, comporterait des crises douloureuses caractéristiques, avec irradiation vers l'épaule droite, du subictère, et des troubles digestifs accentués.

5° *La tuberculose péritonéale enkystée.* — Nous savons

en effet que la tuberculose péritonéale à forme ascitique peut s'enkyster pour donner des pelvi-péritonites, des typhlites, des périhépatites, etc..., qui se traduisent par la formation d'une poche liquidienne circonscrite comme le pus de l'abcès appendiculaire par les organes voisins et des adhérences néoformées. Mais, si à la palpation l'aspect de la tumeur est identique, l'évolution n'est plus la même: le malade accuse depuis déjà longtemps des troubles digestifs, des digestions pénibles; son état général est touché; les douleurs sont moins accusées, de même que l'élévation de température.

S'il s'agit d'un abcès en *position pelvienne*, il pourra simuler:

1° *Le kyste de l'ovaire en position pelvienne*. — Mais il faut à nouveau admettre la torsion du pédicule pour expliquer le double syndrome de tumeur douloureuse et fièvre. L'hystérogaphie lèvera les doutes.

2° *L'annexite*. — Mais l'évolution est différente. L'annexite débute ou bien par la pelvipéritonite localisée soit à la suite d'une fausse-couche, soit au cours d'une blennorragie, ou bien elle se développe insidieusement, présentant une évolution assez capricieuse. Le repos et la fatigue ont une influence typique; le passé génital, les troubles de la menstruation, le toucher combiné au palper minutieusement effectué, permettent de les différencier.

2° LA FORME LIGNEUSE

En présence du plastron ligneux de la fosse iliaque, de l'état de cachexie dans lequel se trouve le malade, de l'allure torpide de l'affection, le médecin pense d'abord soit à

une néoplasie d'origine cœcale, soit à un ostéosarcome du bassin.

Le cancer du cæcum, avec infection de voisinage, constitue l'erreur de diagnostic la plus fréquente. Les exemples MÉLIKIAN, TIXIER, LAROYENNE sont assez significatifs. Ce ne sera qu'en suivant l'évolution de la maladie que l'on pourra percevoir un jour une zone de ramollissement qui viendra alors éclairer le diagnostic. D'autrefois, sous l'action du simple traitement médical: diète hydrique et glace sur le ventre, la tumeur régressera, ce qui signe la nature appendiculaire de l'affection. La radiographie permet souvent de voir un cæcum qui se remplit normalement et qui est refoulé par une tumeur sousjacente. Dans ce cas, le diagnostic de cancer du cæcum est éliminé.

LEGUEU et BAUSSENAT, ont posé le diagnostic d'*ostéosarcome du bassin* pour un phlegmon ligneux iliaque. L'aspect clinique des deux affections semble en effet bien superposable, car le phlegmon ligneux vient souvent se plaquer contre l'os iliaque auquel il semble adhérent. Si la radiographie ne permet pas le diagnostic d'ostéosarcome, la laparotomie seule pourra permettre de déterminer l'affection qui est en cause.

3° LA FORME SCLÉREUSE PURE OU SCLÉROLIPOMATEUSE

Au lit du malade, cette forme d'appendicite a permis toutes sortes d'interprétations. A l'intervention, pièces en main, elle laisse encore subsister le doute. Les difficultés et les erreurs de diagnostic auxquelles elle expose le clinicien le plus averti sont assez significatives: COLAR rapporte une observation de POIRIER, où la laparotomie, faite avec le diagnostic de rétroversion utérine fixée, révèle une masse de la

grosseur du poing, paraissant s'être développée aux dépens du rectosigmoïde. Le déplacement de la masse découvre subitement l'appendice. Ainsi le diagnostic clinique de rétroversion devient, au cours de l'intervention, celui de néoplasme du sigmoïde, puis, par rencontre de l'appendice, celui d'appendicite à forme tumorale.

L'erreur la plus habituelle consiste à prendre la tumeur inflammatoire pour un *cancer du cæcum*. Les cas où l'on sent un cæcum infiltré, avec contours indurés, mobile dans la fosse iliaque, à peu près indolore à la pression, permettent en effet le diagnostic schématique de néoplasme cæcal. La radiographie, en montrant un défaut de remplissage avec la bouillie barytée, parfois des images lacunaires, ne peut que contribuer à cette erreur.

L'évolution de la maladie semble devoir donner ici des indications utiles: le malade a souvent présenté de petites crises appendiculaires qui se répètent périodiquement et c'est au cours d'une de ces crises qu'il vient consulter. Il accuse souvent, à ce moment-là, une petite élévation de température qui disparaît quand la crise cesse. En présence d'une telle évolution et d'un malade qui est dans un bon état général, le médecin devra toujours avoir présentes à l'esprit, ces formes d'appendicite scléreuse.

Souvent l'image radiographique montre un cæcum à parois régulières simplement refoulé par la lésion, si, comme l'a recommandé SAUVÉ, on a eu la précaution de repérer la tumeur avec un fil de plomb fixé sur la paroi abdominale. Cette constatation diminue de beaucoup la valeur du double syndrome d'occlusion et de tumeur: il s'agit d'images de simple refoulement, soit transversal, soit vertical, tout à fait différentes des lacunes pariétales du néoplasme.

Quand le repère métallique est nettement séparé de l'om-

bre cæcale, on peut en déduire avec certitude, qu'il s'agit d'une appendicite torpide.

Les néoplasies des autres segments du tube digestif peuvent également prêter à confusion et des cliniciens aussi avisés que KESSLER et POIRIER ont porté le diagnostic, l'un d'appendicite pour cancer de l'anse sigmoïde, l'autre de cancer du sigmoïde pour appendicite torpide.

En raison de sa vraisemblance avec la néoplasie vraie, la *tuberculose cæco-appendiculaire à forme tumorale*, pose les mêmes problèmes de diagnostic.

Si la tumeur est haut située, elle pourra en imposer pour une *cholécystite calculuse avec infection périvésiculaire* ayant provoqué la formation d'adhérences. Le diagnostic se fera cliniquement par les commémoratifs: crises antérieures de coliques hépatiques avec irradiations vers l'épaule droite, troubles digestifs, tandis que la radiographie donnera de précieux renseignements d'après l'aspect des images cæcale et vésiculaire.

Les néoplasies rénales et vésicales seront éliminées facilement grâce aux moyens d'exploration que nous possédons actuellement (radiographie, cathétérisme, cystoscopie).

Siégeant dans le cul-de-sac postérieur, la tumeur peut simuler une *rétroversion utérine*: si la paroi abdominale est épaisse, l'explorateur ne perçoit pas effet le corps utérin. L'hystérographie seule pourra montrer l'erreur de diagnostic.

V. — LE TRAITEMENT

1° *L'abcès appendiculaire*

Le traitement préventif consistera à reconnaître la crise d'appendicite initiale et à procéder d'urgence à l'appendicectomie. Nous avons insisté sur les difficultés de ce diagnostic et nous comprenons pourquoi ce traitement préventif est rarement appliqué.

Ce que nous avons surtout à envisager, c'est le traitement de l'abcès collecté et diagnostiqué. Il est difficile de fixer la date optima pour intervenir: tous les cas sont des cas d'espèce. C'est au chirurgien de savoir attendre que l'abcès soit collecté et de ne pas différer trop longtemps l'intervention, afin que l'état général du malade ne s'altère pas.

D'ailleurs, souvent le médecin et, par le fait même le chirurgien, seront appelés à voir le malade tardivement. Ce dernier est déjà fatigué, la température est oscillante, on a fait le diagnostic d'abcès abdominal: l'intervention est indiquée, et c'est ici qu'il faut envisager différents cas.

Le plus facile est celui de *l'abcès antérieur*: l'abcès est ouvert en ayant grand soin de protéger le péritoine au moyen de compresses convenablement placées. Le mieux est ensuite de marsupialiser la poche de l'abcès, de façon à éviter l'infection de la grande cavité péritonéale. Le drainage est en outre facilité.

Pour *l'abcès profond*, il y a deux voies d'accès possibles: la voie antérieure, à travers la cavité péritonéale. C'est de beaucoup la plus souvent employée. Elle permet de voir la lésion, d'étudier sa constitution. C'est ainsi la plus sûre et la plus nette. Elle est également plus rapide et plus simple.

Dans un cas, MIRIZZI a eu recours à l'intervention en deux temps: il a provoqué d'abord des adhérences de l'abcès à la paroi abdominale, puis il a ouvert l'abcès le lendemain, en dissociant les adhérences qui le circonscrivaient.

La voie postérieure, sous et rétrocæcale, préconisée par Mocquot, est fort critiquée. La plupart des auteurs trouvent que c'est là une manœuvre aveugle, pénible et dangereuse, car l'abcès peut s'ouvrir spontanément au cours de l'intervention, comme le rapporte POULIQUEN.

Si l'abcès est *pelvien*, on peut parfois l'inciser et en assurer le drainage par voie rectale.

2° *Le phlegmon ligneux de Mériel*

Il faut ici inciser l'abcès et le drainer. Quand la lésion est sous-péritonéale, l'incision du péritoine pariétal le long de sa réflexion sus le cœco-côlon, libre derrière le cæcum une masse de granulations inflammatoires emmagasinant l'appendice. Celui-ci, réséqué, VERGOZ conseille de laisser une mèche derrière le fond cæcal.

3° *La forme scléreuse*

Le traitement consiste, après libération des adhérences et des brides épiploïques, à la résection pure et simple de la masse tumorale et de son pédicule qui n'est autre que l'appendice. Cette libération est souvent très pénible en raison de la consistance des adhérences. Le diagnostic étant encore hésitant parfois, après laparotomie, on peut envisager l'exérèse du bas-fond cæcal s'il est induré et de consistance cartonnée. LECÈNE le conseille, mais en cas d'infiltration plus vaste, laissant subsister une incertitude de diagnostic, la prudence nécessiterait une résection iléo-cæco-colique élargie.

OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE

OBSERVATION I

(Ch. LANGRAND, in *Gazette des Hôpitaux*, 5 oct. 1938)

Mme Tr... est vue pour la première fois par son médecin le 16 mars 1934. Elle était souffrante depuis 8 jours, mais, habitant en pleine campagne, elle se contentait des soins d'une infirmière bénévole. Elle n'avait pas pris sa température, mais se plaignait de douleurs abdominales sans vomissements.

Dans ses antécédents, aucun signe de crises appendiculaires.

Le médecin ne la voit que le 9^e jour. Il constate une tuméfaction douloureuse de la région sous-ombilicale et, sans faire un diagnostic précis, il l'adresse au chirurgien.

A son arrivée à la Clinique, la température était de 39°. La malade souffrait de crises douloureuses dans le ventre, à tel point qu'elle réclamait elle-même l'intervention.

Au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, on sentait dans la profondeur une masse arrondie, volumineuse, très sensible à la palpation; pas de matité à la percussion.

On intervient par une incision médiane sous-ombilicale.

et l'on tombe en péritoine libre. En écartant les anses grêles, on remarque tout de suite que le péritoine supérieur bombe, soulevé de toute évidence par une collection purulente. Une couronne de compresses est placée pour bien protéger le péritoine et ce barrage est bien fixé par deux valves de Doyen enfoncées profondément. Ne disposant pas d'aspirateur, on est obligé de rompre l'abcès avec une pince mousse. Du pus fétide fait irruption et est tamponné avec soin. Il s'agit certainement de pus appendiculaire, d'après son aspect et son odeur.

Suites opératoires normales. La malade guérie quitte la clinique 4 semaines après.

OBSERVATION II

(Ch. LANGRAND, in *Gazette des Hôpitaux*, 5 oct. 1938)

Mme Alexandre... 50 ans, consulte au cabinet du médecin le 5 août 1937, pour une douleur au niveau de la région droite de l'abdomen. La température à ce moment était de 38°2.

La malade souffrait depuis 3 jours.

La pression au Mac Burney était douloureuse et le diagnostic d'appendicite semblait s'imposer. La malade refuse l'opération et rentre chez elle se soigner. Deux jours après, le 7 août, elle appelle le médecin, qui constate une tuméfaction abdominale du côté droit du ventre, et une température de 39°5. Il conseille de nouveau l'intervention qui est, cette fois, acceptée.

La malade entre le 9 août à la clinique. A ce moment, on

sent très bien une masse, malgré l'épaisseur de la paroi. Elle est bas située, et un peu trop médiane pour un abcès appendiculaire, si bien qu'à la rigueur on pourrait penser à un kyste de l'ovaire.

Cependant, en raison de l'évolution de la maladie, on penche plutôt pour un abcès appendiculaire, et on fait une incision de Jalaguier. A l'ouverture, on tombe en péritoine libre, et la masse est en dedans du cæcum, si bien qu'il paraît impossible de songer à décoller ce dernier, comme on aurait pu le faire pour un abcès rétro-cæcal.

Avec de longues valves de Doyen, on écarte les anses grêles, et on a l'impression d'être de suite sur l'abcès qui n'est pas rétro-péritonéal. Avec précautions et difficultés, à cause de l'épaisseur de la paroi, on place une série de mèches, et, quand toutes les anses se trouvent protégées, on rompt la collection avec une pince mousse. Un flot de pus fétide s'échappe.

Après avoir épongé, on rectifie la place des mèches en changeant les plus souillées, et un gros drain est placé au centre.

Suites normales: la malade sort le 25 août, avec une plaie en bonne voie de cicatrisation.

OBSERVATION III

(BÉRARD et VIGNARD, *L'appendicite* 1914, Observation n° 129)

Mme Rosalie..., 79 ans, entre le 28 avril 1910 pour constipation et malaises généraux qui sont apparus depuis un mois.

Pas d'antécédents particuliers.

Au début avril, de façon essentiellement torpide, elle a vu son état général se troubler. Elle a perdu l'appétit et est

devenue somnolente. Une constipation opiniâtre s'est installée. Depuis 8 jours, elle éprouve une douleur fixe dans le bas du ventre, avec plutôt sensation de pesanteur que de douleur vraie.

Elle ne vomit pas, n'a pas de nausées; température prise deux fois: 37°5 et 37°7.

A l'examen: nous notons un embonpoint considérable. La langue est humide, non saburrale, le pouls bat à 70. Ventre souple. A droite, contre l'os, et paraissant fixé contre la fosse iliaque, on perçoit une masse dure et élastique, légèrement douloureuse, ayant le volume d'une grosse tête d'adulte. La paroi est mobile sur elle, et elle remonte sous l'hypochondre droit, jusqu'à un travers de main de la matité hépatique.

Diagnostic: *Phlegmon iliaque droit, d'origine appendiculaire.*

Intervention le 29 avril. Très profondément, on trouve une volumineuse collection d'un litre environ, de pus bien lié. L'exploration montre qu'elle est rétropéritonéale. Elle est directement en contact avec l'os dénudé du muscle iliaque.

... Après une amélioration sensible, la malade fait des escarres et succombe.

OBSERVATION IV

(Professeur LERICHE, in *Lyon Chirurgical*, 1931)

R... Guillaume, 26 ans, toujours bien portant, jusqu'au 15 novembre 1930, où il est pris soudain de douleurs diffuses dans l'abdomen, suivies de vomissements biliaires, puis de constipation et, finalement, de diarrhée, avec une tempé-

rature oscillant entre 38 et 39°. Cet état dure 15 jours, puis tout renre dans l'ordre. Depuis ce moment, le malade fait des crises identiques tous les 15 jours. Amaigrissement 5 à 6 kilogrammes.

Il entre à la clinique le 16 avril 1931. Examen général négatif. Palpation: tuméfaction indolore de la fosse iliaque droite, à type de tumeur, indépendante de la paroi, mais peu mobile. Toucher négatif, urines normales.

L'examen radiographique montre que, au bout de 8 heures, la bouillie remplit le gros intestin et que le cæcum présente une image lacunaire à contours festonnés. Le manque de remplissage est surtout visible à ce niveau sur la 6^e radiographie, prise 6 heures après un nouveau repas barvté, 56 heures après la première ingestion.

Conclusion du radiologiste: « *Lésion pariétale du cæcum*, sans qu'on puisse radiologiquement en définir la nature: tuberculose, périviscérite, néoplasie. »

Le 29 avril, sous rachianesthésie, laparotomie avec le diagnostic de tuberculose du cæcum:

L'opérateur voit une grosse masse cæcale, peu mobile, qu'il considère comme une tumeur. L'opération a lieu en deux temps: section de l'iléon à quelque distance de la masse, enfouissement du bout iléal, et implantation termino-terminale, iléo-transverse. Suites opératoires: fonctionnement intestinal satisfaisant.

Le 3 juin: 2^e temps: on trouve une énorme masse cæcale postérieure du volume de deux poings, complètement fixée à un gros bloc ganglionnaire qui se prolonge assez loin dans le mésentère...

L'examen de la pièce montre qu'elle est formée par 60 cm. de grêle, le cæcum, tout le côlon ascendant. La muqueuse est normale, sans ulcération.

La dissection montre que le cæcum est accolé par sa demi-circonférence interne, à une masse ganglionnaire non suppurée, et qu'il y a, à la face postérieure, pratiquement inclus dans la paroi par un revêtement d'adhérences, un énorme appendice du volume du pouce, plein de pus sous tension.

Le malade quitte la clinique le 21 juillet, complètement guéri.

CONCLUSIONS

- 1^o L'appendicite peut provoquer, dans la fosse iliaque droite ou même au niveau d'autres régions de l'abdomen, la formation de tumeurs inflammatoires de structures et d'aspects cliniques fort variables.
 - 2^o Cliniquement, il s'agit en général de formes à évolutions insidieuses qui se développent sans tableau clinique dramatique, et revêtent une symptomatologie atypique.
 - 3^o Le diagnostic en est toujours délicat et elles peuvent simuler la plupart des tumeurs abdominales.
 - 4^o Pour l'évolution, il y a lieu de séparer la forme ligneuse, représentée par le phlegmon iliaque de Mériel, qui survient chez des gens âgés, en état de moindre résistance physique et qui, par suite, comporte un pronostic toujours réservé, des autres formes qui semblent plutôt être des formes atténuées de l'infection appendiculaire et dont le pronostic est bon.
-

BIBLIOGRAPHIE

- ARMENGAU. — Appendicite sénile. Thèse Toulouse, 1906.
- BÉRARD et VIGNARD. — Appendicite, étude clinique et critique. Paris, Masson et Cie, 1914.
- BOVIER. — Deux cas d'acès mésocœliaques, probablement d'origine appendiculaire. *Bull. et Mém. de la Société des Chirurgiens de Paris*, février 1937.
- CULLEN. — Fibrolipome simulant en forme et en situation une tumeur du rein droit. Appendicite subaiguë. *Journal de Chirurgie*, t. xxx, 1906, p. 726.
- GAND. — L'appendicite chez les gens âgés. Thèse Lyon, 1906.
- GIANGITANO. — Sur les tumeurs inflammatoires pseudonéoplasiques péri-appendiculaires. *Journal de Chirurgie*, t. LXXXIX, fasc. 2, 1909.
- LANGRAND. — Abscès mésocœliaques d'origine appendiculaire. *Gazette des Hôpitaux*, 5 oct. 1938.
- LEGUEU et BAUSSENAT. — L'appendicite à forme néoplasique. *Revue de Gynécologie*, 1898.
- MASSABUAU, GUIBAL, JOYEUX, DROUET. — Un nouveau cas d'appendicite à forme tumorale. *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, décembre 1938.
- MÉNÉGAUX (G.). — Précis de diagnostic chirurgical, t. III, Abdomen et Pelvis.
- MÉRIEL. — L'appendicite sénile, étude anatomique et clinique. *Revue de Gynécologie*, avril 1907.

MIRIZZI. — Sur deux cas d'abcès mésocœliaques. *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 1928, p. 1180.

MICHEL, BÉCHET et MONTAGNIER. — A propos des abcès appendiculaires. *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, novembre-décembre 1930.

MONOD (Ch.). — L'appendicite mésocœliaque. *Phare Médical de Paris*, janvier 1938.

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, t. iv, Cæcum et appendice.

VERGOZ. — De l'appendicite pseudonéoplasique. *Gazette Médicale de France*, 15 mai 1933.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

« Contribution à l'étude de
l'appendicite à forme tumorale »
par M. A. GELY.

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 1er mars 1939,

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu

Montpellier, le 1er mars 1939,

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 2 mars 1939,

Le Recteur,
PARISELLE.

